



MIGRANTS TAKE CARE

Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitsmigrant*innen in der häuslichen Pflege

Das Projekt "Migrants take Care" neigt sich dem Ende zu

Nach mehr als zwei Jahren der Zusammenarbeit zwischen Italien, Griechenland, Deutschland, dem Baskenland (Spanien) und Nordirland (Großbritannien) nähert sich unser Projekt seinem Enddatum. Alle Partner sind sich jedoch einig, dass dieses Projekt nur ein weiterer Meilenstein auf einem längeren Weg zur Erreichung der sozialen und beruflichen Integration von migrantischen Pflegekräften im Pflegedienstleistungssektor ist. Lassen Sie uns zunächst einen Blick auf die Ergebnisse des Projekts werfen:

Maßgeschneidertes Schulungs-Toolkit

Migrant*innen werden oft unter halblegalen oder sogar illegalen Bedingungen beschäftigt, zum Teil, weil ihnen ein formal anerkanntes Zertifikat im Gastland fehlt, zum Teil, weil sie nie formal für die Pflegearbeit ausgebildet worden sind. Leider gibt es keinen formal anerkannten Ausbildungsabschluss auf einem sehr niedrigen Ausbildungsniveau (EQF Level 1), auf den (gering qualifizierte) migrantische Pflegekräfte zugreifen könnten. Deshalb entschied sich das MtC-Projektteam, eine solche Qualifikationsbeschreibung zu entwerfen und dabei die ECVET-Methodik zu verwenden, die den Transfer, die Anerkennung und die Akkumulation der Lernergebnisse einer Person fördert.

Wir haben 11 Einheiten definiert, die die Kompetenzbereiche einer Pflegekraft darstellen, die sich um ältere Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen, aber auch in der häuslichen Pflege kümmert. Die MTC-Qualifikationsmatrix geht speziell auf die Bedürfnisse von Migrant*innen ein,

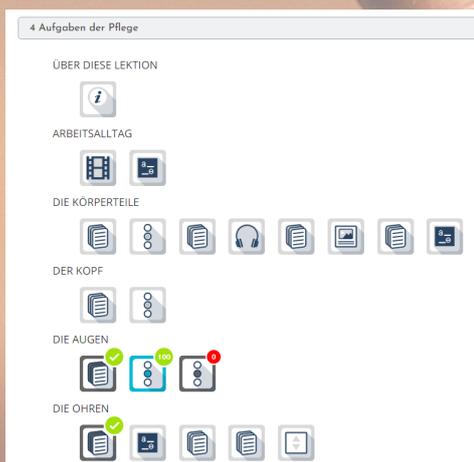
indem sie die Perspektive der interkulturellen Voreingenommenheit, Beschäftigungsrechte, Instrumente zur Kompetenzbewertung und das Streben von Migrant*innen nach höheren Qualifikationen einbezieht. Jede Einheit enthält mehrere Lernergebnisse (LOs), die durch eine Reihe von Beschreibungen von Wissen, Fähigkeiten und Kompetenzen definiert sind.

Migrants take Care – U1	Das nationale Pflegesystem und die Rolle des Pflegepersonals
Migrants take Care – U2	Grundlagen der persönlichen und professionellen Entwicklung im Pflegebereich
Migrants take Care – U3	Kommunikationsgrundlagen in der Altenpflege
Migrants take Care – U4	Einführung in die Wertebasis der Pflege im Gesundheits- und Sozialbereich
Migrants take Care – U5	Bewusstsein für Gesundheits- und Sicherheitsaspekte in der Pflege

Schließlich nahm das Team in jede Einheit eine LO auf, die mit "kultureller Voreingenommenheit" verbunden ist. Diese MTC-Qualifikationsversion wurde mit internen Fachleuten und externen Experten geteilt. Die Projektmitglieder sammelten Feedback und passten die Matrix erneut an..

Migrants take Care – U7 Einführung in Körpermechanik und die Bedingungen des Alterns	Lernstufen 6	Kompetenzen	
		Wissen	Fähigkeiten
7.1 Grundlegende körperliche und psychosoziale Veränderungen		befolgt klare Anweisungen bezüglich der Pflege von häufigen Erkrankungen bei älteren Menschen	ist in der Lage, die grundlegenden physischen und psychosozialen Veränderungen, die mit dem Altern eines älteren Menschen einhergehen, zu identifizieren
		ist in der Lage, die grundlegenden physischen und psychosozialen Veränderungen, die mit dem Altern einhergehen, zu erklären	ist in der Lage, die Pflege so anzupassen, dass eine Reihe von körperlichen und psychosozialen Veränderungen, die mit dem Alterungsprozess einhergehen, berücksichtigt werden
		ist in der Lage, den Unterschied zwischen gesundem und ungesundem Altern zu erklären	
7.2 Prozess des Alterns in verschiedenen kulturellen Kontexten		reflektiert seine/ihre eigene kulturelle Perspektive und Erfahrungen im Vergleich zu den kulturellen Elementen des Klienten	ist in der Lage, seine eigenen kulturellen Vorurteile und Stereotypen gegenüber älteren Menschen zu reflektieren
		ist in der Lage, Vorurteile und Stereotypen des Alterns zu erkennen, die in einem anderen kulturellen Umfeld anders sein können	zeigt Respekt gegenüber den Erfahrungen und Meinungen älterer Menschen.
		versteht die unterschiedlichen Perspektiven auf das Altern in verschiedenen Kulturen	

Schließlich entwarf das Projektteam für jedes Lernergebnis ein Trainingsmodul, das viele interaktive Trainingswerkzeuge enthält, die in formalen und nicht-formalen Trainingssettings implementiert und an die spezifischen Trainingsbedürfnisse jeder Migrantenzielgruppe und den Kontext in jedem Partnerland angepasst werden können.



Die interaktiven Tools beinhalten Aktivitäten zur Bewertung der Fähigkeiten, die für die persönliche Befähigung der zugewanderten Pflegekräfte wichtig sind. Angesichts der Tatsache, dass viele Pflegekräfte mit Migrationshintergrund berufstätig sind und wenig Freizeit haben, hat jedes Modul eine maximale Dauer von 4 Stunden. Zusätzlich kann das Toolkit durch einen Online-Sprachkurs am Arbeitsplatz ergänzt werden, der auf einer Moodle-Plattform angeboten wird und viele Aktivitäten zum Üben von Vokabeln, Sätzen für bestimmte Situationen am Arbeitsplatz und realen Arbeitssituationen enthält. Das Toolkit ist in allen Partnersprachen verfügbar und kann von der MTC-Projektwebseite heruntergeladen werden: www.migrantstakecare.eu

Leider war es den Partnern aufgrund des Ausbruchs der Pandemie nicht möglich, das Schulungs-Toolkit mit einer Pilotgruppe von Migranten umzusetzen. Das Projektteam freut sich jedoch darauf, Fallstudien durchzuführen, sobald die Situation es wieder möglich macht.



MIGRANTS TAKE CARE

Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitsmigrant*innen in der häuslichen Pflege

Online-Handbuch für Pflegedienstleister

Durch die Erfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erfahrungen des Projekts erstellte das Projektteam ein Online- und länderspezifisches Handbuch für die Pflegedienstleister und Institutionen, um die berufliche Integration von Migranten zu verbessern:

MIGRANTS
take Care



LEITFADEN ZUR EINFACHEREN BESCHÄFTIGUNG VON MIGRANT*INNEN IN DER PFLEGE

Vergleichender Analysebericht im Baskenland
(Spanien), Deutschland, Griechenland, Italien und
Nordirland (UK).

Zunächst haben die Partner unabhängig voneinander die relevanten Informationen zu den Strukturen des öffentlichen und privaten Pflegesektors sowie zu den bestehenden Angeboten in der stationären und individuellen Pflege analysiert und zusammengeführt, was die Komplexität und Vielfalt im Bereich der Pflegedienstleistungen auf europäischer Ebene verdeutlicht. Es gibt jedoch eine allgemeine Gemeinsamkeit in allen Partnerländern: Das Pflegemodell der "Frau-in-der-Familie" hat sich im Laufe der Jahre zur "Migrantin-in-der-Familie" entwickelt.

Zweitens richteten die Partner einen länderspezifischen Einstellungsleitfaden ein, um die Einstellung von Migranten zu erleichtern, der die administrativen Verfahren, die einzureichenden Dokumente und den zu befolgenden Prozess für die Zielgruppe der Migranten in jedem Partnerland erklärt.

Der Leitfaden ist als interaktives Online-Handbuch mit verschiedenen Fragen und Drop-Down-Kapiteln konzipiert, die den Betreuer durch jeden Schritt des Einstellungsprozesses führen. Das Handbuch ist in einer Vollversion in jeder Partnersprache und in einer reduzierten Version in Englisch auf der Projektwebseite verfügbar.

2. Die Migrantin/der Migrant, den Sie beschäftigen möchten, kommt nicht aus einem EU-Mitgliedsstaat. Verfügt die Person über einen Aufenthaltstitel?

Die Person benötigt einen Aufenthaltstitel und eine Arbeitserlaubnis, um in Deutschland zu arbeiten.

2.1 Ja, die Person verfügt über eine Niederlassungserlaubnis.

2.2 Ja, die Person hat eine zeitlich befristete Aufenthaltserlaubnis.

2.3 Nein, die Person hält sich illegal in Deutschland auf.

"Mein Name ist Lela. Ich bin 2014 in Griechenland angekommen. (...) Für mich war die Sprache und der Zugang zu legalen Dokumenten der Schlüssel zur Integration. Am Anfang habe ich mir ein Buchstabierbuch gekauft, um ein paar Grundkenntnisse in Griechisch für die Kommunikation zu lernen."

Drittens sammelten die Partner durch Interviews mit Pflegekräften mit Migrationshintergrund, Pflege- und Ausbildungsanbietern und Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens Erfolgsgeschichten und Beispiele guter Praxis, die sich auf verschiedene Aspekte wie den Ausbildungshintergrund von Migranten, den Umgang mit Diskriminierung am Arbeitsplatz und die Lösung von Kommunikationsproblemen konzentrieren.



MIGRANTISCHE PFLEGEKRÄFTE WÄHREND DER PANDEMIE: WIE SIND SIE MIT DER COVID19-KRISE UMGEANGEN?

Die COVID-19-Krise brachte eine erhebliche Belastung für migrantische Pflegekräfte mit sich, die für die häusliche und persönliche Hygiene ihres Arbeitgebers, die Erledigung von Besorgungen im öffentlichen Raum und die Umsetzung nationaler Richtlinien verantwortlich sind, während sie gleichzeitig ihre eigene Gesundheit schützen müssen. Die COVID-19-Pandemie und die Maßnahmen, die ergriffen wurden, um die Ausbreitung der Krankheit innerhalb und zwischen den Ländern einzudämmen, haben zu Störungen der Arbeitsmärkte und der Mobilität der Bevölkerung geführt, die die Gesundheit und den Lebensunterhalt vieler migrantischer Pflegekräfte beeinträchtigt haben. Laut dem Migrant Rights Network hat die Pandemie die Bedingungen für Pflegekräfte verschlechtert, und dass Rassismus einen Großteil der negativen Behandlung untermauert, zu der auch zunehmende Arbeitsausbeutung und nicht gezahlte Löhne gehören.

Was sind unter Berücksichtigung der beschriebenen Situation die Schwierigkeiten, mit denen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund während der Pandemie konfrontiert sind, und wie gehen sie damit in den Partnerländern um?

Spanien und das Baskenland:

Im Baskenland und in Spanien waren Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, die als Vollzeit-Pflegekräfte in den Häusern älterer Menschen leben, weniger von der Krise betroffen als Migranten, die für bestimmte Stunden eine Person zu Hause pflegen. In diesem Fall hatten die Arbeitgeber oder die ältere Person Angst, dass die Pflegekraft das Virus ins Haus bringt und feuerten die Arbeitskraft oder verpflichteten die Pflegekraft, sich ganz auf das Haus zu beschränken, in dem sie arbeitet. Diese Situation setzt eine emotionale, physische und mentale Überlastung voraus, indem sie praktisch 24 Stunden am Tag arbeiten, ohne sich abschalten zu können. Fast die Hälfte der migrantischen Pflegekräfte in Spanien wurde während der Pandemie arbeitslos oder musste die Arbeitszeiten reduzieren. Obwohl die spanische Regierung eine außerordentliche Subvention für Personen, die als Haushaltsangestellte arbeiten, angeboten hat, arbeiten etwa 33 % der migrantischen Pflegekräfte in Spanien informell und haben daher keinen Zugang zu Subventionen. Ein weiteres Problem ist, dass informelle Pflegekräfte oder Pflegekräfte, die als Hausangestellte beschäftigt sind, nicht als Beschäftigte im Gesundheitswesen angesehen werden und daher keinen direkten Zugang zu PCR-Tests haben. Sie werden auch nicht für eine (frühzeitige) Impfung in Betracht gezogen.

Griechenland:

Migrantisches Pflegepersonal war und ist während der Pandemie mit einer Reihe von Schwierigkeiten konfrontiert. In Anbetracht der Tatsache, dass sie typischerweise mit gefährdeten Gruppen in Kontakt kommen, besteht immer ein Risiko der Übertragung des Virus auf und von den Begünstigten. Ein weiterer Parameter, der den Arbeitsstatus von migrierenden Pflegekräften erschwert, sind die Einschränkungen der Mobilität. Nach der Verabschiedung neuer Maßnahmen ist neben der einfachen Übermittlung einer entsprechenden Meldung auch die Vorlage entsprechender Nachweise durch die Mitarbeiter erforderlich. Ein Parameter, der mehr Schwierigkeiten für migrantische Pflegekräfte schafft, insbesondere für diejenigen, die informell und unversichert arbeiten. Darüber hinaus wurden migrantische Pflegekräfte, die nicht versichert sind und informell arbeiten, von den staatlichen Notfallleistungen ausgeschlossen, die im Zusammenhang mit der Pandemie gewährt wurden. Diese Bedingungen haben viele Pflegekräfte dazu veranlasst, Beratungsmöglichkeiten (über Skype) für gefährdete Gruppen durch Verwandte zu suchen oder eine andere Form der Arbeit zu wählen, um inmitten dieser schwierigen Bedingungen ihren Lebensunterhalt bestreiten zu können.

Italien:

Das AMSI schätzt, dass derzeit etwa 77.500 im Ausland geborene Fachkräfte des Gesundheitswesens in Italien arbeiten, darunter 22.000 Ärzte, 38.000 Krankenschwestern und andere zugewanderte Fachkräfte des Gesundheitswesens, von denen viele eine Ausbildung in Italien absolviert haben. Die meisten sind selbständig oder im privaten Sektor beschäftigt, oft in weniger sicheren Positionen. Nur 10 % sind im öffentlichen Sektor beschäftigt. Die häusliche Pflege und die traditionelle Lösung für die häusliche Pflege, die auf informeller Pflege und direkt von den Haushalten angestellten Pflegekräften mit Migrationshintergrund basiert, scheint ihre Grenzen aufzuzeigen, um den Bedarf in Italien während der Pandemie zu decken. In Italien stehen die migrantischen Pflegekräfte unter einem massiven wirtschaftlichen und beruflichen Druck, wenn man bedenkt, dass Italien die zweithöchste Todesrate in Europa verzeichnet. Die strengen Maßnahmen, die von den italienischen Behörden ergriffen wurden, um die Pandemiekrise zu bewältigen, haben verschiedene Hindernisse für die beruflichen Aktivitäten der migrantischen Pflegekräfte geschaffen, insbesondere für die Selbstständigen. Infolgedessen ist die Mehrheit mit verschiedenen wirtschaftlichen Schwierigkeiten konfrontiert.

Deutschland

Migrantinnen und Migranten, die in Deutschland in Wohn-Pflege-Verhältnissen arbeiten, kommen meist aus osteuropäischen Ländern. Sie arbeiten im Rotationsverfahren, kommen und gehen zurück in ihre Heimatländer. Deutschland hat eine Ausnahmeregelung für den Grenzübertritt von Pflegekräften mit Migrationshintergrund eingeführt, aber viele Pflegekräfte verlängerten ihre Einsätze und sahen sich mit schlechteren Arbeits- und psychologischen Bedingungen konfrontiert (zu Hause bleiben in den freien Zeiten, keine Entlastung, Isolation usw.). Inoffiziell wurden verschiedene Strategien angenommen, um das Rotationssystem aufrechtzuerhalten, z. B. keine Quarantäneverpflichtungen für migrantische Pflegekräfte, weniger Grenzkontrollen an der polnischen Grenze usw. Allerdings konnten viele Migranten nicht an ihren Arbeitsplatz zurückkehren und erhielten keine Zuschüsse von den Regierungen, da ihre Arbeitsverträge nicht deutsch sind.

Nordirland:

Die Coronavirus-Pandemie hat zweifellos eine große Belastung für alle Pflegekräfte in Großbritannien dargestellt und vielleicht sogar noch mehr für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, die oft isoliert sind und denen Unterstützungsnetzwerke fehlen. In Großbritannien sind Wanderarbeitskräfte rechtlich für die Arbeit in Pflegeeinrichtungen registriert und haben daher gute Beschäftigungsrechte, so dass Arbeitsplatzverluste kein Problem waren. Die größte Herausforderung, mit der sich die Arbeitsmigranten aufgrund von COVID-19 konfrontiert sehen, sind die Auswirkungen auf ihr psychisches und soziales Wohlbefinden. Je nach Sektor, in dem sie arbeiten (öffentlich, privat oder ehrenamtlich), gibt es unterschiedliche Programme für das Wohlbefinden der Mitarbeiter in der Pflege. Arbeitsmuster wie die Pflege in der Gemeinde im Gegensatz zur Arbeit in einem Pflegeheim wirken sich auch auf soziale Kontakte und Unterstützung aus. Informelle Pflegekräfte sind weniger reguliert und haben sicherlich keine Einkommens- oder Arbeitsrechte, jedoch haben solche Pflegekräfte eine bedeutende Rolle innerhalb des kommunalen Pflegesektors gespielt und sind aufgrund der Pandemie oft großen Risiken ausgesetzt (zum Beispiel kein Zugang zu PCR-Tests und PSA).

ARBEITSKRÄFTEMANGEL IM PFLEGEDIENSTSEKTOR: HABEN DIE REGIERUNGEN NACH EINEM JAHR PANDEMIE IRGENDWELCHE MASSNAHMEN ERGRIFFEN?

Die EU und viele andere Länder der Welt sind von der Pandemie stark betroffen. Ein Grund, warum das Covid-19-Virus so viel Schaden in den europäischen Gesellschaften angerichtet hat, ist der ständige Arbeitskräftemangel im Bereich der Pflegedienstleistungen. In der Tat brauchte es eine globale Sperre, um zu erkennen, dass Pflege in jeden Aspekt unseres Lebens eingebettet ist. Im Gegensatz zu den Vorstellungen des Mainstream-Kapitalismus hängt das Funktionieren des sozialen Zusammenhalts und unserer Volkswirtschaften stark von der Pflege ab. Diejenigen, die derzeit im Pflegesektor arbeiten, gehören jedoch zu den am schlechtesten bezahlten Arbeitskräften, und die Mehrheit der Pflegekräfte in der Altenpflege sind Migrantinnen, die oft informell und unter prekären Bedingungen arbeiten. Die EU hat im Jahr 2020 veröffentlicht: "Eine fürsorgliche Gesellschaft ist die Blaupause dafür, dass unsere Union stärker, geeinter und solidarischer denn je aus der aktuellen Krise hervorgeht." Und nun?

Haben die Regierungen in den Partnerländern des MTC-Projekts Maßnahmen ergriffen, um den Arbeitskräftemangel in Zukunft zu überwinden?

Spanien und das Baskenland:

Kurz vor der Pandemie diskutierte die spanische Regierung neue strukturelle Reformen in der Migrationspolitik, die die aktuelle Gesetzgebung an den Bedarf an Arbeitskräften anpassen sollten - aber seit dem Ausbruch von Covid-19 wurde die Diskussion über dieses Thema eingestellt. Mit Blick auf das Baskenland kündigt der neue strategische Rahmen für 2021-2024 mehr Investitionen in den Gesundheitssektor an, indem eine Verbindung zum Konzept der "Silberwirtschaft" hergestellt wird, ohne jedoch die "informelle Wirtschaft" dieses Sektors zu erwähnen. Die sichtbarste Maßnahme, die von den nationalen und regionalen Regierungen ergriffen wurde, um dem Pflegenotstand zu begegnen, war die Digitalisierung der Gesundheitsdienstleistungen, z. B. durch die Verlagerung der persönlichen Patientenbetreuung auf Online- oder telematische Pflege und Überwachung. Leider wurde bis heute keine Strategie angepasst, um die Arbeitsbedingungen der migrantischen Pflegekräfte zu verbessern.

Griechenland:

Es ist erwähnenswert, dass im Kontext des griechischen Falles ein Arbeitskräftemangel im Pflegedienstsektor aufgrund der ständigen Wirtschaftskrise (seit 2010) besteht. Während der Pandemiekrise behinderte der Personalmangel in vielen Fällen und insbesondere in den öffentlichen Gesundheitsämtern die Bemühungen, die Pandemie zu bekämpfen und die Zunahme der Fälle und Todesfälle zu bewältigen. Die griechische Regierung war gezwungen, Sofortmaßnahmen zu ergreifen. Es wurde eine Notrekrutierung angekündigt, um die Pandemiekrise zu bewältigen. Dabei handelt es sich jedoch um Einstellungen für einen bestimmten Zeitraum und berücksichtigte nicht die Tausende von migrantischen Pflegekräften, die bereits informell im Pflegesektor arbeiten.

Italien:

Italien wurde von der ersten Welle des COVID-19 schwer getroffen und der Ausbruch verstärkte bestehende soziale Probleme und Ungleichheiten, insbesondere im öffentlichen Gesundheitssektor. Jahrelange Budgetkürzungen und eine alternde Belegschaft haben zu ernsthaften Personalengpässen bei Pflegediensten im ganzen Land geführt. Mit dem Kampf gegen eine zweite COVID-19-Welle suchten die italienischen Krankenhäuser verzweifelt nach zusätzlichem Pflegepersonal. Einige lokale Gesundheitsbehörden öffneten die Einstellungspraxis für Arbeitsmigrantinnen im Pflegesektor. Darüber hinaus erließ die Regierung Anfang 2020 ein Pandemie-Dekret, bekannt als Cura Italia, das vorübergehend öffentliche Stellen für alle im Ausland geborenen medizinischen Mitarbeiter mit einer Arbeitserlaubnis öffnete. Darüber hinaus haben EU-Bürger, Personen mit ständigem Wohnsitz in Italien und Personen mit Flüchtlingsstatus oder humanitärem Schutz gemäß Artikel 38 der italienischen Gesetzgebung zur Beschäftigung im öffentlichen Sektor, die aus dem Jahr 2001 stammt, das Recht, in öffentlichen Krankenhäusern zu arbeiten.

Deutschland:

Zu Beginn des Ausbruchs der Pandemie wurden die Pflegekräfte in Deutschland dafür beklatscht, dass sie ihre Gesundheit opferten, um die ältere Bevölkerung zu versorgen, es wurde eine zusätzliche Einmalzahlung an die Pflegekräfte gezahlt und der Staat schuf neue Arbeitsplätze im Pflegesektor. Alle Maßnahmen, die ergriffen wurden, waren jedoch kurzfristige Lösungen, ohne die Arbeitsbedingungen sowohl der transnationalen migrantischen Live-in-Pflegekräfte als auch der Inländer langfristig zu verbessern. Es wurde versäumt zu erkennen, dass die Bekämpfung des Arbeitskräftemangels im Pflegesektor durch Ausnutzung des Lohngefälles zwischen Deutschland und den osteuropäischen Ländern eine sehr fragile Lösung ist, die auf Ungleichheiten und Prekarität aufbaut.

Nordirland:

Schon vor der Coronavirus-Pandemie gab es einen Arbeitskräftemangel im Pflegesektor. Die Rekrutierung und auch die Bindung von Pflegepersonal war ein ständiges Problem, und die Regierung und lokale Regulierungsbehörden arbeiteten daran, diese Qualifikationslücke zu schließen. Zweifellos hat sich COVID-19 auf diese Rekrutierungs Bemühungen ausgewirkt, da der Fokus auf andere Bereiche gelegt wurde. Darüber hinaus hat sich der Brexit auch auf Arbeitsmigrantinnen ausgewirkt, die entweder im Vereinigten Königreich bleiben oder dorthin kommen, um im Pflegesektor zu arbeiten. Der Pflegesektor hat dies bei den lokalen Regierungen als großes Risiko hervorgehoben und die Situation wird derzeit untersucht und Strategien entwickelt, um den Arbeitskräftemangel im Pflegesektor zu verbessern.

Finde mehr

 Migrants Take Care  migrants_take_care
 www.migrantstakecare.eu

Die Partnerschaft

